

# Liste de contrôle de prévacination pour les Vaccins contre la COVID-19



Pour les destinataires du vaccin :

Les questions suivantes nous aideront à déterminer si il est des raisons pour lesquelles vous ne devriez pas recevoir le vaccin contre la COVID-19 aujourd'hui.

**Si vous répondez « oui » à l'un ou l'autre question, cela ne veut pas dire que vous ne devrez pas être vacciné(e).** Cela signifie que d'autres questions peuvent être posées. Si une question n'est pas claire, veuillez demander à votre prestataire de soins de santé de l'expliquer.

Nom du Patient \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_

Oui Non Je ne sais pas

1. Vous sentez-vous malade aujourd'hui ?			
2. Avez-vous déjà reçu une dose du vaccin contre la COVID-19 ?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si oui, quel vaccin avez-vous reçu ?</li> </ul> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Un autre produit _____			
3. Avez-vous eu une réaction allergique à : (Cela inclut une réaction allergique grave [par ex., anaphylaxie] demandant un traitement à l'épinéphrine ou l'EpiPen®, ou entraînant votre hospitalisation. Cela inclut également une réaction allergique qui se serait présentée dans les 4 heures sous la forme de bourdonnements, d'un gonflement ou d'une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante).			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un élément d'un vaccin contre la COVID-19, y compris l'un des suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>le polyéthylène-glycol (PEG) qui se trouve dans des médicaments tels que les laxatifs et les préparations pour coloscopie ;</li> <li>le polysorbate qui se trouve dans certains vaccins, les comprimés revêtus d'une pellicule et les stéroïdes intraveineux ;</li> </ul> </li> <li>une dose antérieure du vaccin contre la COVID-19 ;</li> <li>un vaccin ou un traitement injectable contenant plusieurs composants dont l'un est un élément du vaccin contre la COVID-19, mais on ne sait pas quel élément a provoqué la réaction immédiate.</li> </ul>			
4. Avez-vous jamais eu une réaction allergique à un autre vaccin (autre que le vaccin anti-COVID-19) ou à un médicament injectable ? (Cela inclut une réaction allergique grave [par ex., anaphylaxie] demandant un traitement à l'épinéphrine ou l'EpiPen®, ou entraînant votre hospitalisation. Cela inclut également une réaction allergique qui se serait présentée dans les 4 heures sous la forme de bourdonnements, d'un gonflement ou d'une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante).			
5. Avez-vous jamais eu une réaction allergique grave (par ex., anaphylaxie) à quelque chose d'autre qu'un élément du vaccin anti-COVID-19 ou tout autre vaccin ou médicament injectable ? Cela inclut des aliments, des animaux domestiques, un venin, des allergies à l'environnement ou à des médicaments par voie orale.			
6. Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours ?			
7. Avez-vous jamais eu un résultat positif à un test pour la COVID-19 ou un docteur vous a-t-il jamais dit que vous aviez la COVID-19 ?			
8. Avez-vous réussi un traitement passif par anticorps (anticorps monoclonaux ou sérum de convalescent) comme traitement contre la COVID-19 ?			
9. Avez-vous un système immunitaire affaibli en raison d'une infection par le VIH ou d'un cancer ou prenez-vous des médicaments ou traitements immunosuppresseurs ?			
10. Souffrez-vous d'un trouble de saignement ou prenez-vous un anticoagulant ?			
11. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?			
12. Avez-vous des produits de remplissage dermique ?			

Formulaire examiné par \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_